Rok XLVI. Kraków, dnia 24. sierpnia 1907. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zadania i tory spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

(Ciąg dalszy.)

Jeszcze staranniej zajmowano się w ostatnim czasie czynnościową dyagnostyką wątroby. Wskutek prac przeważnie francuzkich klinicystów (Lancereaux, Hanot, Carnier, Ducamp i inni) powstało nawet pojęcie niedomogi wątroby *(insuffisance hépatique)*, jako zupełnie odrębnej postaci klinicznej. Do patologii wprowadzono pojęcie już nietylko *hyperhépathie*, *hypohépathie* i *anhépathie*, lecz i *parhépathie*, t. j. jakościowej zmiany czynności wątroby (Ducamp). Tak, n. p. Pick przypisuje powstanie kamicy żółciowej nieprawidłowemu wydzielaniu żółci, skazę moczanową łączy w związek z obniżeniem mocznikotwórczej czynności wątroby i t. d. Carrier odróżnia nawet utajoną postać niedomogi wątroby. Odpowiednio do różnorodności czynności wątroby i metody, polecone dla oznaczenia jej sprawności, są nader liczne. Przez dłuższy czas uznawano za pewną metodę, polegającą na ilościowem określeniu w moczu mocznika, równocześnie z solami amonowemi, w warunkach zwykłych i po wprowadzeniu do ustroju soli amonowych lub substancyi azotowych. Dziś jednak wiemy, że ta metoda nie jest ścisłą i pewną, ponieważ mocznik wytwarza się nietylko w wątrobie, lecz i w innych narządach ustroju (prof. Fawicki, prof. J. Zaleski, prof. M. Nencki i prof. J. Pawłow, Meister, prof. Sałaskin i prof. J. Zaleski i inni) przy utlenianiu i rozkładzie białka i w mniejszym stopniu nuklein (Kossel, Kerner, Sieberowa i prof. M. Nencki[2]). Nothnagel tłomaczył czasowem obniżeniem czynności wątroby, dotyczącej wytwarzania żółci, zjawianie się bezżółciowych (acholicznych) wypróżnień bez ogólnej żółtaczki. Levy przypisuje ogromne znaczenie urobilinuryi, jako jednemu z objawów niedomogi wątroby. Jakkolwiek istotnie urobilina, według nowszych danych, może powstawać w wątrobie z rozpuszczonych krwinek czerwonych, mimo to jednak ocena urobilinuryi, jako metoda rozpoznania sprawności wątroby, jest nadzwyczaj trudna wobec tego, że głównem źródłem powstania urobiliny jest bilirubina żółci, ulegająca w jelicie grubem odtlenianiu (Macfadyen, prof. Nencki i Sieberowa, Müller). Zdolność wątroby zatrzymywania i zobojętniania substancyi trujących (Schiff, Lauterbach, Heger, Lussana, Roger, Charrin-Eiger, Heidenhain, Chrząszczewski, Schmiedeberg, prof. Nencki i Leśnik, prof. Pawłow, prof. Nencki, prof. Massen i Hahn i inni) może być również zużytkowana dla zbadania jej sprawności. W tym kierunku polecono cały szereg metod, jakoto: ilościowe oznaczenie indykanu, oznaczenie jadowitości moczu (Bouchard i inni), badanie charakteru wydzielania się z moczem błękitu metylenowego po podskórnem jego wstrzykiwaniu (Castaigne i Chauffard), wprowadzenie do ustroju strychniny (Schapiro), oleinianu sodowego (Phillipson, Strauss), kwasu mlecznego (Schwarz) i innych substancyi, połączone z badaniem ich losu. O wiele więcej płodne w wyniki okazało się badanie wytwarzającej glikogen czynności wątroby, która, według Rogera, bierze czynny udział w jej czynności odtruwającej. Wprowadzając do ustroju ściśle oznaczoną ilość cukru gronowego, przekonali się Bischoff i Voit, Colrat, Cl. Bernard, Worm-Müller, prof. Popielski (na psach z przetoką Ekkowską) i inni, że wątroba jest zdolną przerobić go na glikogen tylko do pewnej granicy, zwanej granicą przyswajania cukru (Moritz, Rosenberg, Worm-Müller, Hofmeister, Kraus i Ludwig, v. Noorden, Bloch, Strasser, Chauffard i w. i.). Wobec tego zdawało się, że z obniżenia tej zdolności można sądzić o stopniu niedomogi wątroby (Roger, Hanot, Chauffard, Gilbert i Carnot i inni). Dalsze badania jednak dowiodły, że cukromocz pokarmowy nie zawsze towarzyszy chorobom wątroby (Robineaud, Valmont, Landouzy, Herard, Déjerine, Hardy, Colosanti, Moscatelli, Kraus i Ludwig, Strauss, de Haan, Troicki i inni), nawet w przypadkach zupełnego jej zwyrodnienia (Frerichs i inni), a z drugiej strony daje się spostrzegać przy innych sprawach, n. p. w chorobach układu nerwowego (Strauss, Strasser, Rosenberg i inni), w stanach gorączkowych (Poll, de Compagnolle, Maksimow, Achard), następnie, jako objaw prawie swoiście znamienny w chorobie Basedowa (Chwostek) i t. d. Ogromny wpływ na wyniki badania wywierają również warunki wchłaniania się cukru z jelit (Linoissier i Roque, Strümpell i Krehl, Maksimow), stan nerek (Achard i Castaigne) i trzustki (Minkowski, Oser, Wille, Szabad i inni), glikolityczna zdolność tkanek (piśmiennictwo w rozprawie Larêsa, 1886; oprócz tego Külz, Paszutin, Krawkow, Bienvenuti, Strauss, Linoissier), dziedziczne usposobienie do skazy moczanowej (Linoissier i Roque) i t. d. I tak, w jednym z przypadków zanikowej marskości wątroby bez puchliny brzusznej, który spostrzegałem w klinice lekarskiej Akademii wojskowo-lekarskiej, a w którym wątroba była w znacznej mierze wyłączoną z ogólnego obiegu krwi wsktek utworzenia się obocznego krążenia przez nadzwyczaj (do grubości pióra gęsiego, nawet małego palca) rozszerzone żyły, przyswajanie cukru gronowego, jak stwierdziły moje jeszcze, nie ogło-

[2]) Białko wśród wytworów rozpadu i utleniania daje substancye z grupy monoamidokwasów i substancye, należące do grupy zasad heksonowych; tak jedne, jak i drugie dają mocznik, nukleiny zaś rozkładają się na kwas moczowy i zasady nukleinowe; część tych zasad nukleinowych przechodzi w kwas moczowy, część wydziela się z moczem, wreszcie część przechodzi w mocznik. Ponieważ zaś zasady nukleinowe powstają wtenczas, gdy przeważają sprawy rozkładowe, nie zaś utleniania, więc mocznik, wbrew utartemu zdaniu, nie może być uważany również za bezwzględnie ścisły wskaźnik energii spraw utleniających w ustroju. Tworzenie się mocznika z nuklein świadczy, że mocznik może powstawać nietylko w wątrobie, lecz we wszystkich narządach, zawierających pierwiastki jądrowe.

szone badania, nie uległo żadnym zboczeniom [3]). Wszystko to obniżyło doniosłość metody, opartej na stwierdzaniu cukromoczu pokarmowego. Gdy wobec tego doświadczenia dowiodły, że przyswajanie cukru owocowego (lewulozy) zachodzi prawie wyłącznie w wątrobie (Moritz i inni, z nowszych prac badania Schrta), Sachs, następnie Strauss polecali badać zamiast cukromoczu pokarmowego lewulozuryę pokarmową. Istotnie doświadczenia Sachsa, Straussa, Bayloca i Arnauda, Bruininga, Ferrarini, Steinhausa, Lépine, Crisafi, Landsberga, Troickiego, de Rossi, Chajesa, Sambergera, Rebandi, Sabatowskiego i in. dowiodły, że lewulozurya pokarmowa zdarza się znacznie częściej, niż dekstrozurya w chorobach wątroby i o wiele rzadziej od glikozuryi w innych chorobach, zjawiając się z pomiędzy nich częściej w żółtaczce kiłowej (Samberger, Sabatowski) i ostrych chorobach zakaźnych (Rebaudi, Sabatowski). Tak, według statystyki, zebranej przez Chajesa, dodatni wynik tej próby w chorobach wątroby stwierdza się w 86,9%, jeśli zaś wziąć w rachubę tylko ściśle przeprowadzone spostrzeżenia, to liczba ta wynosi, według mojego obliczenia, 77%; u chorych bez zmian wątroby lewulozorya pokarmowa zdarza się, według statystyki Chajesa, w 15%, jeśli jednak wyłączyć przypadki Bayloca i Arnauda, uznawane przez samych tych badaczy za niezupełnie pewne, to otrzymamy liczbę 8,8%. Przy organicznych chorobach wątroby poszukiwania lewulozy mogą dać wyniki ujemne, jeśli pozostały jeszcze resztki tkanki wątrobnej z zachowaną zdolnością wytwarzania cukru (Sitta). Z drugiej zaś strony lewuloza może być często wykrytą już wtenczas, gdy jeszcze niema innych objawów toksycznych, więc wcześniej od innych oznak niedomogi wątroby. Metoda więc Straussa, jako najczulsza, stanowi znaczny nabytek dla czynnościowej dyagnostyki wątroby.

Pomimo wartości danych, które można otrzymać przy pomocy wszystkich omówionych metod, trzeba jednak wyznać, że są one jeszcze zbyt oderwane i nie wyczerpują całej istoty przedmiotu. Łatwo to zrozumieć, jeśli się zważy zawiłość czynności wątroby, zdolność jej komórek do odradzania się (Ponfick, v. Meister, Plöck, Kretz, Kohn u zwierząt; Dürig, Chauffard u ludzi przy bąblowcu wątroby) i różne nerwowe wpływy, które za pośrednictwem nerwów błędnych, splotu i nerwów trzewnych działają na obieg krwi w wątrobie, stan jej dróg żółciowych i t. d. Wreszcie budowa samej komórki wątrobnej, jak się okazuje, jest zawilsza, niż przypuszczaliśmy dotąd. Przynajmniej badania prof. Browicza (1897—1899), potwierdzone niedawno przez prof. Schäfera (1902 r.) wskazują, że kanaliki żółciowe biorą początek w samych jądrach komórki wątrobnej, łącząc się z takimiż kanalikami, przebiegającymi w jej cytoplazmie i opisanym i jeszcze przez prof. Popowa (w 1880 r.), następnie Kuliabkę (w 1897 r.), że do jądra idą przypuszczane również przez Nauwercka (w 1897 r.) kanaliki odżywcze, łączące się z naczyniami włoskowatemi, że jądro komórek bierze bardzo czynny udział w czynnościach wątroby i t. d. Wszystkie te dane rzucają nowe światło na naszą wiedzę, dotyczącą czynności wątroby, i nie mogą nie wywrzeć wpływu na nasze dążenia i zdobycze w dziedzinie czynnościowej dyagnostyki wątroby.

Jeszcze staranniejszemu badaniu pod względem dyagnostyki czynnościowej poddano w ostatnich czasach nerkę. Od czasu, kiedy doświadczenia Maasa, Tilmannsa, prof. W. Podwysockiego, Tuffiera, Wolffa, Dołgowa i innych dowiodły, że ustrój ma zbytek tkanki nerkowej i może obejść się nawet $1/3$ jej częścią (według Tuffiera minimum potrzebnej tkanki nerkowej wynosi 1—1,5 gramów na 1 kilogram wagi), i chirurdzy i interniści wystąpili z szeregiem metod, mających na celu oznaczenie sprawności nerek. W tej myśli prostą było rzeczą zwrócić się najpierw do oznaczenia zwykłych składowych części moczu, ponieważ z obniżenia ich ilości można, zdawałoby się, wysnuć wnioski o obniżeniu czynnościowych zdolności nerek. Kierunkowi temu dał początek chirurg Israël, który polecił dla oceny sprawności nerek ilościowe określenie mocznika. Dalsze spostrzeżenia jednak dowiodły, że ta metoda, jak również inne, osnute na określeniu w moczu chlorków, fosforanów, siarkanów i t. d., nie są pewne, ponieważ ilość tych składników w moczu już i w warunkach zwykłych ulega znacznym wahaniom, a oprócz tego zależy nietylko od stanu nerek, lecz i od stanu ogólnego stopnia odżywiania i t. d. Pewniejszą mogłaby być metoda ilościowego określenia kwasu hipurowego, który wytwarza się syntetycznie w nerkach z glikokolu i kwasu bedźwinowego (Wöhler), lecz rozpowszechnieniu tej metody stoi na przeszkodzie niełatwość ilościowego określenia wobec nader skąpej ilości kwasu hipurowego w moczu. Nie będę tu omawiał metody, osnutej na urotoksycznej teoryi Boucharda, ponieważ, jak to wywodzę w jednej z prac moich [4]), uważam ją za wytwór wyobraźni. W ostatnim czasie Achard i Castaigne wystąpili z nowym poglądem, podług którego czynność nerek ocenia się z ich zdolności wydzielania substancyi, nie będących wytworem przemiany materyi, lecz wprowadzonych do ustroju sztucznie, n. p. błękit metylenowy, tionina, fuksyna kwaśna, rozanilina (Lépine), indygokarmin (Kapsammer), jodek potasowy (Desprez, Bard, Bonnet i inni). Badając szybkość wydzielania się błękitu niezmienionego i jego chromogenu, czas zjawienia się i stopień największego zabarwienia moczu, charakter krzywej wydzielania i czas trwania wydzielania zarówno błękitu, jak chromogenu, wreszcie ogólną ilość, wydzieloną z moczem, można, jak dowiodły liczne badania, wytworzyć sobie w wielu przypadkach dość ścisłe pojęcie o stopniu sprawności nerek. Zresztą Lipmann, Wolf, Senator, Baginsky, Majewski, Landau i inni nie zgadzają się na to zapatrywanie, uznając, że wydzielanie się obcego dla ustroju przetworu nie może być probierzem sprawności nerek. Inni zaś (Bard, Bernard, Strauss, Pedenko i inni) są skłonni upatrywać w tej metodzie doniosłą kliniczną metodę badania nie czynnościowego, lecz anatomicznego stanu nerek. W ostatnim czasie Casper i Richter polecili metodę florydzynową, opartą na tem, że florydzyna ma własność sprowadzać cukromocz pochodzenia nerkowego (v. Mering, Uszyński, Klemperer, Achard, Delamare, Zuntz, Minkowski, Szabad i inni): czynnościowo niesprawne nerki nie dają cukromoczu wcale lub tylko nieznaczny. Metoda ta wiedzie do dobrych wyników w razie porównawczego oznaczenia ilości cukru, wydzielonego przez każdą nerkę zosobna, więc w połączeniu z cewnikowaniem moczowodów (Casper i Richter, Kümmel, Strauss i inni). Według najnowszych spostrzeżeń Clairmonta, badanie próbą florydzynową nieraz wykrywa zaburzenia czynności nerek już wtenczas, gdy inne metody dają wynik ujemny. Trzeba jednak mieć zawsze na względzie, że choroby pęcherzyka żółciowego mogą również opóźniać wytworzenie się cukru (Clairmont).

Najwięcej jednak nadziei pokładano we wprowadzonej przez prof. v. Koranyiego metodzie kryoskopowej. Jak wiadomo, ciecze naszego ustroju przedstawiają pewne zgęszczenie drobinowe rozpuszczonych w nich substancyi. To zgęszczenie utrzymuje ustrój zawsze na stałej wysokości, na wzór stałości ciepłoty ciała (v. Koranyi, Strauss, Grossmann, Landau, Rumpel, Hamburger, Dreser, Winter, Köppe, Lindemann, M. Senator i inni). Okoliczność ta zależy od tego, że w miarę nagromadzania się w ustroju drobin wskutek przemiany materyi, połączonej z rozkładem złożonych cząsteczek białkowych na mnó-

[3]) Przypadek ten został opisany przez kol. Ratnera w »Russkim Wraczu« 1903, Nr 45.

[4]) Witold Orłowski. Mocznica w świetle badań współczesnych. »Gazeta lekarska« 1900, Nr 22.

stwo drobnych, zachodzi wydalenie ich różnemi drogami, przeważnie zaś przez nerki. Drobinowe zgęszczenie oznaczamy w klinice metodą kryoskopową (Dreser), t. zn. wysokością punktu marznięcia płynów, jako najprostszą i stosunkowo ściślejszą od innych metodą. Cały szereg badań tą metodą dowiódł, że zgęszczenie drobinowe surowicy krwi, wynoszące u człowieka — 0,56%, znacznie podnosi się w przypadkach obniżenia sprawności nerek, stanowiącego mocznicę, dochodząc do — 1,0 (v. Koranyi, Strauss, Lindemann i inni). Znaczne wzmożenie ciśnienia osmotycznego krwi wskutek nagromadzenia się w niej drobin uważano za najważniejszy objaw mocznicy i w tem nawet upatrywano przyczynę tej sprawy chorobowej (Lindemann). Dalsze badania kryoskopowe znacznie utrudniły ocenę rozpoznawczego znaczenia punktu marznięcia krwi dla określenia sprawności nerek, wskazawszy na szereg warunków, wpływających w różny sposób na drobinowe zgęszczenie krwi, n. p., stan niedokrwistości i charłactwa (v. Koranyi, Strauss, Landau), wodnistość krwi (Koranyi), zawartość we krwi tlenu i kwasu węglowego (v. Koranyi, Kovaćs i t. d.). (Dok. nastąpi)

Znaczenie soli kuchennej przy zaburzeniach krążenia nerkowego w świetle nowszych badań.

Napisał

Dr Stanisław Cięglewicz (Jasło).

Odkrycia chemii lekarskiej wpłynęły niezmiernie korzystnie na nasze zapatrywania lekarskie i postępowania lecznicze w wielu działach medycyny wewnętrznej, zwłaszcza co się tyczy przemiany materyi w ustroju. Leczenie dyetetyczne opieramy dzisiaj przeważnie na wynikach badań chemicznych, a chociaż nie zawsze zadowala ono w zupełności, to jednak postępy i odkrycia dotychczasowe napełniają nas nadzieją, że znaleźliśmy się tu na drodze do coraz to lepszej przyszłości.

W sprawie badania i leczenia puchliny (obrzęków) z nowszemi pracami wystąpili, o ile wiem, najpierwsi Bujniewicz, Achard i Loeper, Claude i Maute, Steyer, Marischler i Strauss. Spostrzeżenia tych pierwszych na tem polu badaczy są tak ważne, że liczni późniejsi, bardzo poważni badacze prawie w zupełności je potwierdzają, rozszerzając i uzupełniając je tylko dalszemi doświadczeniami. Strauss w pracy swej: »Zur Behandlung und Verhütung der Wassersucht«[1]) podaje, że w miąższowem zapaleniu nerek w stanie ich niesprawności *(incompensatio)* nietylko zmniejszoną jest ich własność wydzielania wody, ale i soli kuchennej odpowiednio do wprowadzonych do ustroju tych składników; zapatrywanie to popiera jużto własnemi, jużteż innych autorów spostrzeżeniami. Ostateczne jego wnioski są mniej więcej następujące: 1) Przy zapaleniu nerek z rozwiniętą już puchliną zmniejszenie się wydzielania soli uważać należy za regułę. 2) Po spożyciu przez chorego większej ilości soli kuchennej ściśle oznaczony odsetek poprzednio wydzielanej soli nie ulega żadnej, albo też bardzo małej zmianie, natomiast jednak często zmniejsza się przez to wydzielanie wody. 3) Zwiększone wydzielanie wody nie stoi w żadnym stosunku do wydzielonego odsetka soli. 4) Obrzęki ustępują jednak, gdy chory oddaje moczem większe ilości wody z wyższym odsetkiem soli, wskutek czego Strauss dochodzi do wniosku, że obrzęki w mowie będące zależą od zatrzymania się soli kuchennej w ustroju, i że najprawdopodobniej z zatrzymaniem tem w związku przyczynowym stoją, — cała zaś ta sprawa zatrzymania zależy od stanu chorobowego nerek. 5) Na wydzielanie innych soli moczowych sprawa chorobowa nie wpływa ujemnie. Za przyczynę tej sprawy uważa Strauss zmiany chorobowe w kanalikach nerkowych, a twierdzenie to popiera tak własnemi spostrzeżeniami, jak i klasycznem spostrzeżeniem Bujniewicza[2]). Autor ten opisuje przypadek rozdarcia nerki u kobiety, wskutek czego nerkę wyjęto, pozostawiając małe jej resztki; resztki te stały się przyczyną przetoki nerkowej. Otóż mocz tą przetoką wydzielany zawierał zmniejszony odsetek soli kuchennej, natomiast mocz, wydzielany z nerki zdrowej (przez pęcherz) był zupełnie prawidłowy. Po dokonanej operacyi przetoki w wyjętej resztce nerki stwierdzono zmiany chorobowe w nabłonkach kanalików, natomiast kłębki były zupełnie prawidłowe. W następnej swej pracy wypowiada Strauss[3]) zdanie, że przy niesprawności nerki wydzielanie soli kuchennej o wiele wcześniej doznaje utrudnienia, aniżeli wydzielanie wody, że więc tutaj najprzód w ustroju zatrzymuje się sól, zatrzymanie się zaś wody jest dopiero następowem. Sprawa więc toczyć się może początkowo bez puchliny; puchlina poczyna się rozwijać zazwyczaj dopiero w dalszym ciągu sprawy chorobowej.

Z bardzo przekonywującym w tej sprawie dowodem wystąpili francuzcy autorowie Widal i Javal; pierwszy z nich ogłosił go na posiedzeniu »Societé med. des Hopitaux« 12. czerwca 1903. Podaje on tam, że u chorego na miąższowe zapalenie nerek bardzo znaczna puchlina po 10 dniach ustąpiła wskutek wyłącznie mlecznej dyety; przytem chory utracił 6 klg. na wadze, a wydzielał 35 gr. soli kuchennej więcej, aniżeli jej otrzymywał w pożywieniu. Gdy jednak choremu temu do zwykłej dawki dziennej mleka ($3^1/_2$ l.) dodano 10 gr. soli kuchennej, to puchlina wystąpiła powtórnie równie silnie, jak poprzednio, równocześnie zaś zatrzymywało się 35 gr. soli kuchennej w ustroju. Teraz zmieniono zupełnie pożywienie chorego. Zamiast mleka podano mu 1,000 gr. ziemniaków, 400 gr. mięsa, cukru, masła i kleiku w ilości, równoważącej składniki chemiczne wraz z płynem w mleku. Podane pożywienie zawierało 2 gr. soli kuchennej, a więc jeszcze mniej, niż owe $3^1/_2$ l. mleka zawierające 5 gr. I przy tem pożywieniu obrzęki ustąpiły zupełnie, jak i poprzednio, powróciły jednak po dodaniu 10 gr. soli, ustępując przy ponownem zastosowaniu wyłącznie mlecznej dyety. Doświadczenia te jeszcze kilkakrotnie powtórzono z takim samym zawsze wynikiem. Późniejsi, bardzo poważni badacze, potwierdzając doświadczenia te w zupełności, nazywają je najpiękniejszym tryumfem doświadczalnego badania klinicznego na polu patologii przemiany materyi.

Widal zaznacza jednak, że nie wszyscy chorzy na miąższowe zapalenie nerek dostają zaraz puchliny po spożyciu większej ilości soli. Mianowicie chorzy, zdolni sól kuchenną jeszcze eliminować, — są od puchliny jeszcze wolni, w większej ilości spożyta sól szkodziła tylko tym, którzy nie mogli się jej w odpowiednim odsetku pozbyć z ustroju.

Minkowski[4]) starał się tę sprawę dalej rozwinąć i wytłómaczyć. Według tego autora wydzielina nerki zależy od stopnia jej schorzenia: jeźli ono jest bardzo znaczne tak, że nerka przy całym wysiłku nie może swemu zadaniu co do wydzielania odpowiedniej ilości wody i soli podołać, wtedy, doprowadzając do niej większą jeszcze ilość tych składników, ubezwładnimy jej czynność jeszcze bardziej. W przeciwnym razie (t. j. gdy do niej mniejszą ilość wody doprowadzimy) zaburzenia w jej czynności zmniejszą się, a może nawet i ustąpią. Inaczej jednak ma się rzecz tam, gdzie nerka nie jest bardzo schorzała. Tutaj na mocniejszy bodziec nerka będzie oddziaływać wzmożeniem się czyn-

[1]) Therapie der Gegenwart, 1903, Mai.

[2]) Le phisiologiste russe, 1901, referowane w Therapie der Gegenwart 1903 Mai.

[3]) Therapie der Gegenwart 1904 Grudzień.

[4]) Therapie der Gegenwart 1907 Styczeń.

ności, zmniejszenie zaś wymagań zmniejszy jej czynność wydzielania, dlatego też wprowadzenie tutaj większej ilości wody i soli może nawet działać moczopędnie, — tem samem lecząco. W takim moczu mogłoby się znaleść więcej soli, aniżeli jej chory przyjął w pożywieniu.

Wskazać tu muszę na rzecz ogólnie znaną, że wszystkie płyny w obrzękach surowiczych zawierają w sobie sól kuchenną w stosunku 6—7 grm. na litr (fizyologiczny roczyn); w każdej więc puchlinie sól jest uwięzioną w odpowiednim ściśle oznaczonym odsetku. Za przyczynę tego zjawiska uważają autorowie działanie prawa fizycznego: procesu osmotycznego.

A. Magnus Levy[5]) twierdzi, że jeżeli się przez dłuższy szereg dni zupełnie zdrowemu człowiekowi w pożywieniu podaje 1 gr. soli dziennie, to w tym razie znika z ustroju nadmiar soli. Mianowicie człowiek taki oddaje w pierwszych dniach 10—20 gr. soli dziennie, po kilku dniach jednak wydzielanie to ustaje i nie można już żadnym sposobem z ustroju więcej soli wyprowadzić. Podając zaś teraz małe dawki soli, spostrzega się, że ustrój, zamiast ją wyprowadzać, przyswaja ją sobie, uzupełniając nią nadmierną poprzednio utratę. Levy sądzi, że jednem z przeznaczeń soli kuchennej jest utrzymywanie w ustroju ludzkim wody w pewnej oznaczonej ilości.

Z dotychczasowych badań wynika, że przy puchlinie zatrzymywanie się soli kuchennej w tkankach jest sprawą pierwotną, zatrzymywanie się zaś wody następową: sól zatrzymana niejako wiąże tu wodę. Magnus Levy twierdzi nawet kategorycznie, że zatrzymanie soli w miąższowem zapaleniu nerek jest najważniejszą przyczyną wytworzenia się puchliny. Dla celów leczniczych już podrzędniejszą ma wagę, jaki czynnik, czy czynniki, w nerce czy w ustroju zatrzymanie to wywołują: Senator i Achard tłómaczą je schorzeniem śródbłonka naczyń włosowatych w całym ustroju, Widal nieprzepuszczalnością nerki dla soli, inni schorzeniem nabłonka nerkowego, wogóle na tym punkcie nie ma jeszcze zgody między autorami, sprawa ta wymaga jeszcze dalszych badań. Opierając się bowiem na powyższych danych nie potrafilibyśmy wytłómaczyć sobie zatrzymania soli kuchennej w ustroju przy wszystkich gorączkowych chorobach, w których nerki są zresztą zdrowe.

W śródmiąższowem zapaleniu nerek (*nephritis interstitialis*) puchlina, jak wiadomo, występuje rzadko, zazwyczaj dopiero przy końcu choroby, gdy już serce słabnąć poczyna i wtenczas pojawia się niesprawność nerki. Tu więc nerka przez cały czas swej sprawności przepuszcza sól kuchenną, a wydzielając moczem więcej wody, wszystką sól zbyteczną (jakkolwiek w słabszym odsetku) w nim wydziela. Otóż według A. Magnusa Levy, gdy w dalszym okresie choroby (przy zapaleniu srodmiąższowem) niesprawność nerki występuje, wtedy nerka staje się mniej przepuszczalną dla soli pomimo, że do puchliny jeszcze nie dochodzi. Tu bowiem przy zastosowaniu dyety, mało soli zawierającej, odchodziły w moczu znaczne ilości soli (50—80 gr.), pomimo, że ilość wody się nie zwiększała, rownocześnie znikały objawy tak zwanej małej mocznicy, jak bóle głowy, brak apetytu, duszność, a nawet obrzęk płuc. Prawdziwa mocznica z zatrzymaniem soli nie stoi w żadnym związku przyczynowym, uwagi więc powyższe do leczenia tejże wcale się nie odnoszą. Tak samo (według A. Magnusa Levy), jak przy zapaleniu śródmiąższowem ma się rzecz z przepuszczalnością soli i w chorobach serca, jak również i w rozedmie płuc.

Zdaniem Minkowskiego zaś, gdy we wczesnych okresach chorób serca powstaje puchlina, to puchlina ta w przeciwieństwie do nerkowej jest więcej zastoinową, w nerce utrudnionem jest przepuszczanie wody z przyczyny mechanicznej; dla soli natomiast jest nerka jeszcze drożna; w tym stanie sól może działać nawet moczopędnie. Zatrzymanie więc wody w ustroju byłoby tu pierwotnem, — soli zaś następowem, jako skutek działania osmotycznego. Gdy jednak nerka już jest zmieniona w następstwie choroby serca, — wtenczas dla puchliny nastają tu te same warunki, co i przy puchlinie nerkowej.

Massalongo i Zambeli[6]) podają, że sól kuchenna w ustroju ma rozstrzygające znaczenie dla napięcia (*tonus*) płynów międzytkankowych, dla ciśnienia krwi, jak również dla zaopatrywania tkanek w wodę. W chorobach serca przy zaburzonem wyrównaniu uważają oni przeciwnie zatrzymaną sól za przyczynę puchliny; dyeta, zawierająca mało soli, nieraz mogła usunąć puchlinę.

Wspomnieć tu jeszcze muszę o działaniu soli kuchennej w moczówce prostej (*diabetes insipidus*). Erich Meyer[7]) dowiódł, że w tej sprawie chorobowej większe ilości soli zwiększają nadmiernie ilość i tak już obfitego moczu. Zmniejszając tutaj ilość podawanej soli, jak również ilość istot, wytwarzających w wydzielinach produkta azotowe (Stickstofhaltige Exkretprodukte) można znakomicie wpłynąć na zmniejszenie ilości moczu.

Z powyższego wynikałoby, że w dyecie zawierającej mało soli mamy znakomity czynnik leczniczy zapalenia nerek w pewnych okresach tej choroby. Oczywiście chorych na nerki z dobrem wyrównaniem nie bierze się tu w rachubę, jakkolwiek przestrzedzby ich należało przed pokarmami mocno solonymi (n. p. wędliny, śledzie, sery i t. p.). Najściślejsza dyeta wskazana jest przy miąższowem zapaleniu z puchlinami, w końcowych okresach zapalenia nerek śródmiąższowego i chorób serca, mniej ścisła u tych chorych, u których zachodzi obawa, że się blisko tego stanu znajdują lub są ozdrowieńcami po przebytej puchlinie. Autorowie żądają wogóle, by pod tym względem chorych na nerki ściśle obserwować. Widal, a za nim inni, radzą przedewszystkiem chorych takich ważyć; obserwacya wagi chorego jest najlepszym środkiem do oryentowania się pod tym względem. Gdy u chorego na nerki ciężar ciała nagle się wzmaga, to, chociaż jeszcze nie widać puchliny, można być pewnym, że ona tutaj wnet wystąpi. — Nastaje więc chwila stosowna do zastosowania dyety ścisłej, nieobfitującej w sól, — po osiągniętem polepszeniu poleca się mniej ścisłą celem zapobieżenia nawrotowi sprawy.

Co do ilości wody, to przestrzegać się powinno, aby ilość ta zawsze była stosowana do ilości oddawanego moczu, lub też nie o wiele go przewyższała, albowiem tutaj ilość moczu nie zawsze się dostosowuje do ilości przyjętych płynów. Wyjątek tu stanowi: 1) zapalenie śródmiąższowe, gdzie chory oddaje zwykle dużo moczu, a wskutek tego musi przyjmować znaczne ilości wody, dopóki siła serca na to pozwala, 2) mocznica, w której celem przepłukania ustroju i wyprowadzenia z niego zatrzymanych szkodliwych istot wprowadzać trzeba większe ilości wody (Minkowski).

Wszystkie nasze naturalne środki odżywcze, jak jaja, mleko, niesolone masło i t. d. z natury zawierają mało soli. Jajo lub 100 grm. surowego skrobanego mięsa n. p. zawiera ledwo 0,10 soli, 100 grm. niesolonego masła zawiera 0,02 soli, litr mleka 1,5—1,8 soli, 100 grm. ziemniaków 0,1 soli, zaś bułka lub chleb zwykły ma 1% soli (Strauss). Wynika z tego, że chcąc ścisłą dyetę przeprowadzić, trzeba choremu kazać potrawy przyrządzać osobno, wyznaczając ilość soli, ile jej wolno dziennie dodać do potraw, lub nie dodawać jej wcale; chleb wypadałoby też osobno kazać upiec (bez soli). A. Magnus Levy twierdzi, że żywiąc chorego mięsem, bułką (bez soli), ziemniakami i owocami, wprowadza się do ustroju około 2 grm. soli, dodając do tego 1 litr mleka, wprowadza się $3\frac{1}{2}$ grm. soli; z tą ilością dobrze nawet chora nerka może sobie dać radę. Przy mniej ścisłej dyecie A. Magnus Levy poleca również chorym osobno gotować, a do potraw dodawać $\frac{1}{2}$—1 łyżeczki soli dziennie.

[5]) Therapie der Gegenwart 1907 Kwiecień.

[6]) Riforma medic. Nr 49 referowane w Deutsche medic. Wochens. 1907, str. 116.

[7]) Wiener klin. Rundschau 1907 Nr 2. Schur: Behandlung der Nierenkrankheiten.

Wyłącznie mleczną dyetę tak francuzcy, jak i niemieccy autorowie od czasu odkrycia Widala coraz to więcej zarzucają, przeważnie ze względu na wielkie ilości wody, jaką przytem do ustroju się wprowadza.

Sprawa dyety, nieobfitującej w sól, była przedmiotem ożywionej dyskusyi na tegorocznym Zjeździe dla wewnętrznej medycynie w Wiesbadenie. Ostatecznie zgodzono się na to, że nie można tu postępować według jednego schematu, ale koniecznie potrzeba indywidualizować. Przy każdem też zapaleniu nerek dawki soli (w pożywieniu dziennem) brać pod ścisłą rozwagę, — przy każdej zaś puchlinie próbować stosowania dyety nieobfitującej w sól tak długo, dopóki to tylko będzie możebne, t. j. dopóki apetyt i stan sił chorego nie dadzą wskazania do zaniechania tej dyety, a powrócenia do zwykłego pożywienia.

Oceny i sprawozdania.

Martin. **Leczenie światłem słonecznem.** Lipsk. Str. 147. Cena 2 marki. (Sonnenlichtkuren).

Broszura niniejsza stanowi pierwszą część cyklu monografii o leczeniu światłem wogóle. Wstęp obejmuje krótki szkic teoretyczny, poczem omawia M. działanie promieni słonecznych chemiczne i mechaniczne, jak n. p. wpływ na zmianę barwy płótna, jedwabiu, drogich kamieni, dalej rozkład pewnych substancyi chemicznych i t. p. Niektóre zwierzęta wydają światło. Zwykle świeci u nich wydzielany śluz. Świecenie to przy braku dostępu powietrza ustaje. Niektóre drobnoustroje świecą także w ciemności. Światło organiczne posiada często podobne własności, jak promienie Röntgena. Rośliny wydają światło, zwłaszcza rozkładając się. Poniżej 15° ustaje świecenie. Przyczyny świecenia istot organicznych dokładnie nie znamy. Nie jest nią tylko fosfor, bo n. p. u ryb Phipson nie znalazł fosforu mocno świecenia. Działanie promieni słonecznych objawia się w świecie organicznym wybitnie. Wpływają one na rozwój i na przemianę materyi, tworzenie się barwików i t. p. Znanym powszechnie jest heliotropizm roślin i zwierząt. Statystycznie stwierdzono, że w dnie pochmurne pracują robotnicy fabryczni przynajmniej o 10 prc. gorzej i głównie w dnie takie wydarzają się w fabrykach nieszczęśliwe wypadki. Rośliny w cieniu rosną znacznie gorzej, podobnie i noworodki, chowane bez światła. Według licznych zestawień dzieci rosną najszybciej w miesiącach słonecznych, od marca do sierpnia. Zwierzęta chowane w ciemności są bardzo blade i niedokrwiste. Po naświetleniu słonecznem wzmaga się znacznie ilość hemoglobiny. Słońce wywiera znaczny wpływ także na tworzenie się innych barwników. Tak n. p. ślimak i jaszczurki w górach są tem ciemniejszego koloru, im bliżej szczytów żyją. Doświadczalnie można u niektórych zwierząt wywołać różnicę zabarwienia w obu połowach ciała, chroniąc jedną połowę przed promieniami słonecznymi. Zmiany barwikowe u człowieka wywołują promienie świetlne, a nie cieplne, gdyż nie spostrzegamy zmian tych n. p. u robotników, pracujących wśród wysokiej ciepłoty. Zmiany te są ochroną w ustroju przeciwko dalszemu zbytniemu działaniu słońca. Powszechnie znane jest bakteryobójcze działanie promieni słonecznych. Ruhemann stwierdził, że między wybuchem chorób zakaźnych, a ilością godzin słonecznych pewnej pory roku zachodzi stosunek odwrotny. Słońce odkaża wodę, pył uliczny i t. p. Najskuteczniej działają promienie rano. Lecznicze działanie słońca znanem już było w starożytności. Stosowano leczenie słoneczne w gośćcu, dnie, otyłości, dychawicy, porażeniach, chorobach nerek i wątroby, padaczce, w chorobach przewlekłych skóry i w słoniowaciźnie. W średnich wiekach zaniedbano ten sposób leczenia i dopiero z końcem XVIII wieku poleca Loretti światło słoneczne do leczenia suchot, a Löbel w krzywicy, chorobach kości, stawów i kiszek. Obecnie ojcem wznowionego leczenia promieniami słonecznymi nazwać należy laika Rikliego, który zaczął w swoim zakładzie energicznie przeprowadzać to leczenie. Kąpiel słoneczną stosuje się 5—60 minut, a po niej zwykłą wodną kąpiel lub polewania. Pierwsze próby należy robić ostrożnie ze względu na możliwe powikłania ze strony układu nerwowego. Przedtem przyzwyczaja się chory do kąpieli powietrznej. Kąpiele słoneczne działają znakomicie w cierpieniach chirurgicznych, goją zastarzałe wrzody i rany, cierpienia skórne, stawów. W postaci skoncentrowanej wreszcie zapomocą szkieł zastosował promienie słoneczne Mehl po raz pierwszy na sobie celem leczenia tocznia, dalej naczyniaków i t. p. cierpień. *Dr Kłęsk.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Bruno Bosse. **Znieczulenie lędźwiowe.** (*Wiener Klinik* Zeszyt 5—6, 1907). Znieczulenie lędźwiowe, jakkolwiek datuje się dopiero od prac Corninga w r. 1886, ma już jednak obfite swe piśmiennictwo. Technika jest według wszystkich autorów jednaka; wkłucie robić należy u chorego siedzącego lub leżącego między 3—4, albo 2—3 kręgiem lędźwiowym, rzadziej między 1—2. Igłę często trzeba przetkać mandrynem, lub też wkłuć razem z nim. Płynu mózgowo-rdzeniowego radzą jedni wypuszczać jak najmniej, inni dużo, nawet do 30 ctm.³. Wstrzykuje się jak najmniejszą ilość płynu znieczulającego, aspirując kilka razy strzykawkę celem lepszego wymieszania go z cieczą rdzeniową. Niektórzy rozpuszczają środek znieczulający wprost w płynie mózgowo-rdzeniowym przy wypuszczeniu. Wstrzykiwać należy bardzo powoli. Środków odkażających, jakoteż sody itp. przymieszek należy unikać. Wydatność znieczulenia zależy od techniki, od samego środka, użytego do znieczulenia, i od podatności osobnika. Mięśnie po znieczuleniu wiotczeją; w 5 prc. przypadków wiotczeje zwieracz odbytu. Wyżej sięgające znieczulenia otrzymujemy przy wstrzykiwaniu rozcieńczonych roztworów, przy wypuszczeniu znaczniejszej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego i oczywiście przy większych dawkach środka znieczulającego. Znieczulenie trwa do 2 godzin, czasem dłużej, nawet 6, a ustępuje w porządku odwrotnym, jak wystąpiło, tak że na kroczu operować można 2 godziny, na kończynach dolnych 1—1½, w brzuchu godzinę, na klatce piersiowej mniej więcej ½ godziny. Ze względu na trujące działanie środka znieczulającego powinno się, o ile na to samo operacya dozwala, podać chorym przedtem jeść i pić, ewentualnie środki podniecające i wśród samej operacyi. Po znieczuleniu powinien chory przez dobę leżeć na wznak i nie podnosić się. Znieczulenie obejmuje w pierwszym rzędzie korzenie nerwowe, a w drugim dopiero samą substancyę rdzenia. Mechanicznie możemy podnieść znieczulenie przez podniesienie miednicy podług Kadera, zastój w czaszce podług Biera zapomocą opaski lub też zapomocą forsownego wdechu przy uciskaniu skrzydełek nosowych. W razie krótkiego trwania lub też w razie małego znieczulenia wstrzykują niektórzy środek znieczulający po raz drugi. Przyczyną zawodów bywają często błędy w technice. Im kto więcej wykonał znieczuleń, tem wyniki ma coraz lepsze. Rozczyn środka znieczulającego powinien być świeży. Unikać znieczulenia należy u osób nerwowych, cierpiących na ból głowy, alkoholików i małych dzieci. Celem wzmożenia działania, a zmniejszania trujących własności kokainy i jej przetworów polecono dodawać do jej roztworu przetwory nadnercza. Nie wywierają one jednak żadnego korzystnego działania, a według wielu nawet wprost szkodzą. Do znieczulenia używa się: kokainy, eukainy β, nirwaniny, alypiny, stowainy i tropakokainy i t. p. Tropakokaina jest zdaje się najlepszą i najmniej trującą. Znieczulenia istniejącego nie można już usunąć, dlatego też nie nadaje się ono do badań n. p. cystoskopii i t. p. i tu chloroform ma pierwszeństwo, bo można każdej chwili uśpienie przerwać.

W medycynie wewnętrznej znieczulenie lędźwiowe nie znalazło zastosowania; położnicy i ginekologowie stosują je niechętnie, chyba łącznie z zamroczeniem skopolaminowo-morfinowem. Uboczne działania znieczulenia objawiają się pod postacią t. zw. meningizmu, t. j. bólami głowy, karku, krzyżów i t. p. Przeciw nim stosuje się ze skutkiem środki przeczyszczające, ponowne nakłucie, leki przeciw nerwobolom i worek z lodem. Ból głowy występuje często w towarzystwie wymiotów, zwłaszcza wtedy, jeżeli wypuszczono naraz szybko sporo płynu mózgowo-rdzeniowego. Bole w krzyżach pochodzą czasem od zranienia okostnej. Nieco rzadziej po znieczuleniu występuje podniecenie umysłowe, albo bezsenność. Ciepłota podnosi się często po znieczuleniu w 4—6 godzin do 38°, nawet 39; gorączka taka trwa 20 godzin, rzadziej dłużej. Znieczulenie lędźwiowe przy operacyach brzusznych nie chroni od następowych powikłań płucnych.

Na nerwy ruchowe działa znieczulenie także, a zwłaszcza znieczulenie stowainą. Działanie to objawiać się może chwilowem lub też trwającem dłużej porażeniem pewnych grup mięśni, zwłaszcza ocznych, oddechów, kończyn dolnych (szczególnie mięśni strzałkowych). Porażenie mięśni ocznych trwa zwykle dłużej i ustępuje nieraz dopiero w 3—6 tygodni. Porażenia wystąpić mogą nawet i wtedy, gdy nie powiodło się wywołać znieczulenia. Według ogłoszonych przypadków śmiertelności przy znieczuleniu = 1: 200. Pamiętać jednak należy o tem, że znieczulenia lędźwiowego używa się właśnie tam najczęściej, gdzie już uśpienia użyć nie można. Obecnie operują już w znieczuleniu lędźwiowem bardzo wysoko, bo na rękach, szyi i szczęce dolnej (Chaput, Kader i inni). Na razie stosowanie znieczulenia lędźwiowego ograniczyć należy do szpitali i klinik. *Klęsk.*

Heile. **O nowych drogach wzmożenia i przyspieszania naturalnych zdolności leczniczych ustroju.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). Autor celem wzmożenia i przyspieszania naturalnych zdolności leczniczych n. p. w sprawach zakaźnych radzi łączyć ze sobą podane już zosobna sposoby: wstrzykiwanie kwasu nukleinowego celem wzmożenia ilości ciałek białych, przekrwienie i naświetlanie promieniami Röntgena. W ten sposób próbuje H. leczyć różę, gruźlicę stawów, zakaźne choroby skóry i nie nadające się do operacyi nowotwory. *Klęsk.*

Prof. Schmidt. **O miesieniu zapomocą rytmicznego ucisku podług prof. Cederschiölda i o zastosowaniu tegoż do następowego leczenia po operacyach śródbrzusznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 25). Obecne metody miesienia, jak smarowanie, tarcie, gniecenie i pukanie działają albo zbyt powierzchownie, albo znów wprost szkodliwie, gdy się je stosuje za mocno. Sposób miesienia, podany przez prof. Cederschiölda, polega na miarowym ucisku ręką aż do wywołania niedokrwienia z następowem nagłem usunięciem ręki. Ucisk ten zwolna posuwa się dośrodkowo. W ten sposób miesił autor po kontuzyach, złamaniach i t p. z bardzo dobrym wynikiem. Stosował też to miesienie z dobrym wynikiem przy chorobie Basedowa (nerw współczulny), a dalej poleca je jako leczenie następowe po operacyach śródbrzusznych celem zapobieżenia zrostom, zwłaszcza po operacyach wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, przydatków macicy i t. p. *Klęsk.*

Bendersky. **O miesieniu podwodnem.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 20). W ciepłej kąpieli wiotczeją wszystkie tkanki wskutek obniżenia się ciśnienia śródtkankowego, a objaw ten doskonale daje się zużytkować przy badaniu jamy brzusznej u osób wrażliwych i w przypadkach bolesności, gdzie zwykłe badanie jest bardzo utrudnione. Opierając się na tych spostrzeżeniach, stosuje B. od szeregu lat miesienie pod warstwą ciepłej wody przy chorobach, połączonych z bolem, w celu ułatwienia wessania wysięków, rozluźnienia zrostów pozapalnych, szczególnie jamy brzusznej. Sposób ten nadaje się szczególnie u dzieci. Stosując miesienie podwodne przy zrostach pozapalnych okołomacicznych, około wyrostka robakkowatego i wątroby, przy kurczowem zaparciu stolca i biegunkach, przy cierpieniach gośćcowych, nerwobolach i swędzeniu nerwowem, zauważył B. doskonałe wyniki nawet w tych przypadkach, w których inny sposób leczenia nie odnosił skutku lub zastosować się nie dawał. *Kasprzyk* (Berlin).

Stieda. **Uwagi o pochodzeniu zniekształtnień z obciążenia i pokrewnych zmian stawów.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Bd. 85). Przy zniekształtnieniach kośćca, zwłaszcza w późniejszym okresie życia występujących, można stwierdzić niezawodny związek ich z ogólnemi chorobami, przedewszystkiem układu tkanek limfatycznych. Niekiedy znów zauważa się niedokrwistość, sinicę kończyn, wzmożone odruchy, przerost gruczołu tarczowego, pewne wygięcia palców na górnych kończynach, zmiany Madelunga w stawach. Za przyczynę zmian w kośćcu należy wtedy przyjąć pewną miękkość kości, wywołaną zaburzeniem wymiany materyi. Schorzeniom tym towarzyszą również często przewlekłe zmiany stawów, występujące u młodych osób, jak zniekształtniające młodzieńcze zapalenie stawu biodrowego (*Coxitis deformans iuvenilis*), według St. identyczne z biodrem szpotawem (*coxa vara*), zmiany w stawie łokciowym, wyrośle kostne (jako objaw zaburzeń we wzroście). *Kasprzyk* (Berlin).

Węsłowski. **O leczeniu zesztywnień stawów przy pomocy przeszczepień chrząstki.** (*Zentralbl f. Chir.* 1907, Nr 17). Usiłowania, zmierzające do uzyskania ruchomych stawów drogą operacyjną, nie dały dotąd pożądanych wyników mimo najrozmaitszych sposobów, jak wsuwania między powierzchnie stawowe części miękkich, ciał obcych, wreszcie przeszczepiania okostnej, gdyż wszystkie te zabiegi nie stwarzają w stawie fizyologicznych stosunków, od których ruchy stawu zależą, t. j. nie uzyskuje się pokrycia chrząstkowego powierzchni stawowych. Doświadczenia W. i innych dowodzą, że przeszczepiane wolne kawałki chrząstki wraz z ochrzęstną utrzymują się nawet po latach bardzo dobrze. W jednym przypadku zesztywnienia stawu łokciowego, gdzie żadnym sposobem nie można było utrzymać ruchomości stawu, przeszczepił W. chrząstki z 6. i 7. żebra, po odpowiedniem przykrojeniu zniekształtnionych kości stawu i uzyskał doskonały wynik co do ruchomości. Badania makro- i mikroskopowe w drugim przypadku, w którym chory zmarł w 5 tygodni po zabiegu na zapalenie płuc, stwierdziły zupełnie prawidłowy zrost ochrzęstnej przeszczepionej chrząstki z kością, wygładzenie się odpowiadających sobie powierzchni stawu i zupełną żywotność tych części. Wyniki te tak pod względem czynnościowym, jak anatomicznym dostatecznie zachęcają do tego, by zabieg ten stosować w granicach jak najszerszych przy wszelkich zesztywnieniach. *Kasprzyk* (Berlin).

Bülow-Hansen. **O leczeniu zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 20). Powszechnie prawie obecnie stosowany sposób bezkrwawy Paci-Lorenza wywołał według najnowszej statystyki znaczny przyrost dobrych wyników co do korzystnego ułożenia, bo około 85 prc. Różnica wyleczeń przed i po 5. roku życia wynosi mniej więcej 19 prc. Do zabiegu należy przystępować jak najwcześniej, gdyż przez to czas leczenia niepomiernie się skraca, odprowadzenie jest łatwiejsze, niebezpieczeństwo różnych powikłań mniejsze, odpowiednie części nie są zwykle jeszcze bardzo zniekształtnione, a nawet w przypadkach, gdzie to już nastąpiło, przecież przez wczesny zabieg kości przystosowują się z czasem i ulegają zmianom korzystnym w kierunku fizyologicznym. Z małymi wyjątkami za najwyższą granicę dla operacyi zwichnięć obustronnych uważa B. wiek 7—8 lat, dla jednostronnych 15 lat. Bez zabiegów przygotowawczych, dokonywa B. odprowadzenia jednym ze sposobów Lorenza przez górny, tylny lub dolny brzeg panewki, w sposób łagodny. przy zwichnięciach obustronnych zwykle obie nóżki odprowadza na jednem posiedzeniu. Wtórnemu zwichnięciu najlepiej się zapobiega, układając kończynę w gipsie w silnem odwiedzeniu (abdukcyi), nawet ponad 90°, nadmiernem wyprostowaniu i supinacyi; jedynie w starych przypadkach zmniejsza odwiedzenie, gdyż wśród długiego leczenia powstają łatwo przykurczenia mięśni i pochewki. Opatrunek 3-miesięczny uważa za wystarczający, zalecając wbrew zapatrywaniu Naratha chodzenie jako najlepszy środek przeciw zanikowi mięśni; wskutek używania kończyn wytwarzają się nadto odpowiednie zmiany w stawie w kierunku stosunków prawidłowych. Doleczanie powinno zmierzać do przywrócenia prawidłowego skręcenia na wewnątrz i pronacyi, gdyż odwiedzenie jest zawisłe od pronacyi i z czasem ustępuje samo przez się, o ile pronacya jest prawidłowa. Nawet w starych przypadkach udaje się uzyskać przy tem postępowaniu dobry wynik. W końcu zaleca B. lekkie ruchy przywodzące i prostujące do płaszczyzny czołowej w ułożeniu na brzuch lub zdrowy bok i miesienie, wszelkie natomiast maszyny uważa za szkodliwe. Przy grożącem zwichnięciu powtórnem należy raczej założyć gips powtórnie. Utrzymujące się skręcenie na zewnątrz jest wywołane według Badego, jedynie przykurczeniem mięśnia pośladkowego wielkiego, wydłużeniem się mm. skręcających na zewnątrz, zmianami w torebce i wytworzeniem się mimośrodkowej panewki. Jedynie w rzadkich, trudnych przypadkach może wchodzić w rachubę zabieg krwawy Schedego. Wyleczenie nastąpiło, gdy: główka leży w panewce naprzeciw płaszczyzny chrząstki *y*, kończyny są jednakowo długie i staw ma pełną sprawność. Przy odprowadzeniach mimośrodkowych i przełożeniach, poza lekkiem skróceniem i nieznacznem kłuciem po zmęczeniu, chód powinien być pewny bez chromania. *Kasprzyk* (Berlin).

Voigt. **Linia Roser-Nelatona.** Saxl. **Stosunek krętarza do linii Roser-Nelatona.** (*Zeitschr. f. orthop. Chir.* Bd. 16 i 17). V. z badań na żywych i zwłokach wysnuwa wniosek, że do najpewniejszego oznaczenia linii R.-N. najlepsze jest ułożenie w zgięciu tak, by oś uda padała prostopadle do tej linii, podobnie jak to podał Roser. I tutaj jednak zachodzą różnice w granicach 1 cm. Również S. na podstawie 52 przypadków oświadcza się za tem ułożeniem, występując stanowczo przeciw innym sposobom, jak: zginaniu zupełnem uda pod kątem prostym, przywodzeniu, odwodzeniu, lub jakiemkolwiek skręcaniu. *Kasprzyk* (Berlin).

Chlumský. **O wynikach czynnościowych przy leczeniu gruźlicy stawów i kości.** (*Zeitschr. f. orthop. Chir.* Bd. 17).

Autor powołując się na kilka swych przypadków, radzi nie stosować zbyt często opatrunków gipsowych. Również ustalanie nazbyt długo wpływa niekorzystnie na późniejszą czynność. Korzystniej jest zastąpić ten sposób leczenia przez wyciąganie i odpowiednie przyrządy o ruchomych stawach, zwracając atoli przy każdym sposobie leczenia szczególną uwagę na dyetę, kąpiele i świeże, zdrowe powietrze. *Kasprzyk* (Berlin).

Węgłowski. **Leczenie zrostu stawowego kości zapomocą przeszczepienia płytki chrząstkowej.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907. Nr 17). W. w przypadku zrostu kości w stawie łokciowym po innej bezskutecznej próbie otrzymał dobry wynik przez wszczepienie w szparę, wyciętą w kości łokciowej, z kawałków chrząstek (z ochrzęstną) z 6. i 7. żebra. Chory po 5 tygodniach zmarł na zapalenie płuc i opłucnej; przy sekcyi stwierdzono zupełne przyjęcie się wszczepionych chrząstek. *Klęsk.*

Hagedorn. **Przeszczepianie chrząstki.** (*Inaug. Diss* 1907, *Allg. med. Zentral-Ztg.* Nr 14). Przyjęcie się przeszczepionej chrząstki zależy od zachowania ochrzęstnej. Chrząstka przeszczepiona z ochrzęstną przyjmuje się i długi czas nie ulega wessaniu. Chrząstka też ochrzęstnej ulega wessaniu, a na jej miejscu powstaje tkanka łączna. Przy podarciu ochrzęstnej przy przeszczepieniu chrząstka częściowo ulega wessaniu, częściowo zaś z kawałków ochrzęstnej tworzy się nowa. *Klęsk.*

Hofmann. **Przełożenie najdłuższego mięśnia uda (m. krawieckiego) celem ustalenia stawu kolanowego po resekcyi.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 15). Podawane najróżnorodniejsze sposoby resekcyi stawu kolanowego mają za główne zadanie uniknąć następowego wygięcia ku tyłowi. Często zauważano w tych przypadkach zwichnięcie m. dwugłowego ku przodowi, którą to naturalną wskazówkę zużytkował Heusner, polecając przełożenie zginaczy na przednią stronę goleni. By zaś zapobiedz przesunięciu się kości na bok, przeszczepiał H. mięśnie z obydwóch stron. Przy tym jednak zabiegu cała prawie okolica stawu ulega naruszeniu, to też H. poleca przemieszczać m. krawiecki, wszczepiając go w mięsień czworogłowy. Cięciem podłużnem mniej więcej od połowy uda wzdłuż m. krawieckiego wyosabnia H. z otoczenia ten mięsień, poczem prowadzi drugie cięcie prostopadle do pierwszego od kłykcia wewn. przez guzowatość kości piszczelowej łukowato na zewnątrz. Po odcięciu powierzchni stawowych i oddzieleniu częściowem przyczepu mięśnia, mianowicie włókien, biegnących ku dołowi po stronie wewnętrznej, przesuwa go na zewnątrz stawu, a brzusiec jego przymocowywa kilku szwami do mięśnia czworogłowego. Doskonały wynik przy łatwem i prostem wykonaniu, tworzą zaletę tego postępowania. Można je również stosować z doskonałym wynikiem przy porażeniach mięśnia czworogłowego, albowiem tak przebieg, jak i sposób przyczepu m. krawieckiego daje się doskonale wyzyskać przy zamianie tego mięśnia na mięsień prostujący, co zresztą jest zupełnie zrozumiałe, gdy się zważy, że mięsień ten w rozwoju filogenetycznym jest pierwotnie — u ssaków — mięśniem prostującym. *Kasprzyk* (Berlin).

Położnictwo i ginekologia.

I. Veit. **Wyjęcie brzuszne macicy rakiem dotkniętej.** (*Berl. klin. Woch.* Nr 25, 1907). Sposobem Freund-Wertheima operował V. w znieczuleniu lędźwiowem 20 kobiet z powodu daleko posuniętego raka macicy. Wszystkie operowane wyzdrowiały. V. operuje z zasady wszystkie przypadki, z wyjątkiem tych, w których rak przeszedł już na pęcherz moczowy, wytwarzając przetokę pęcherzowo-pochwową, lub zajął całą odbytnicę. Zabieg wykonywa V. doszczętnie, wycinając nietylko macicę, jajniki, jajowody i gruczoły pozaotrzewne, ale także, jeśli konieczne, całą pochwę. V. kończy swe wywody zdaniem, że operacya powyższa, którą w krótkości nazywa operacyą Freunda, jest obecnie nietylko usprawiedliwiona, ale rzeczywiście ratuje życie. Tegoż zdania jest Olshausen, co oświadczył on na ostatnim zjeździe niem. Towarzystwa ginekologicznego. *Engländer.*

Artur Meyer. **O kwasach żółciowych w mleku matki.** (*Berl. kl. Woch.* Nr 27, 1907). M. spostrzegał następujący przypadek: W kilka tygodni po porodzie dostaje matka nagle ostrego nieżytu jelit, połączonego z żółtaczką. W pierwszych kilku dniach żółtaczka się zwiększa, równocześnie dziecko dotychczas zdrowe, karmione piersią matki, zaczyna coraz częściej wymiotować. Wobec tego dziecko odstawiono. W moczu barwiki i kwasy żółciowe. W mleku, które ma cokolwiek zabarwienia żółtaczkowego, szczególnie po odstaniu, nie mógł M. żadnymi dotąd znanymi sposobami chemicznymi (Rosin, Gmelin, Salkowski) wykryć barwików żółciowych, natomiast badanie zapomocą odpowiedniego sposobu, który M. obszernie opisuje, wykryło w pierwszych dniach żółtaczki w mleku matki kwasy: taurocholowy i glikocholowy. Po kilku dniach kwasy żółciowe z mleka zniknęły. Wtedy przystawiono dziecko do piersi, co mu szkody nie przyniosło. Istnienie kwasów żółciowych w mleku matki, mającej żółtaczkę, należy uważać za pewnik. W pierwszych dniach żółtaczki lepiej dziecko od piersi odstawić. *Engländer.*

I. Fischer. **Poronienie a uraz.** (*Wien. med. Presse,* Nr 27, 1907). W obecnych czasach ogólnego ubezpieczenia w towarzystwach asekuracyjnych niejednokrotnie potrzeba wydać orzeczenie, czy poronienie, które nastąpiło w jakiś czas po urazie, stoi w ścisłym związku z tym urazem. Gdy się przypuszcza, że poronienie nastąpiło skutkiem urazu, radzi F. przedewszystkiem w wywiadach zwrócić baczną uwagę na czas i jakość urazu, bole porodowe, krwawienie, odejście wód płodowych i płodu, poprzednie porody i poronienia, przebyte choroby ogólne i kobiece. Należy szukać śladów urazu, jeśli ten niedawno się zdarzył, badać makroskopowo (zniekształtnienia) i mikroskopowo płód, przy kile poszukiwać krętka bladego, szukać zarówno makroskopowych zmian w pępowinie (uciśnięcie, okręcenie, zwężenie naczyń), w łożysku i błonach płodowych (krwiak, zmiażdżenie, zorganizowane skrzepy), jak i zmian mikroskopowych (brak naczyń kosmkowych, brak komórek Langhausa, brak lub niezupełne wykształcenie doczesnej podstawnej). Przy badaniu wewnętrznem uwzględnić: wielkość, kształt, zbitość i położenie macicy, szerokość ujścia zewnętrznego i wewnętrznego, jakoteż szyjki, stan otoczenia macicy (przydatki i przymacicze). W końcu nie pominąć zbadania całego ustroju chorej z uwzględnieniem stanu serca i nerek, szukać objawów świeżej i przebytej kiły. Dla objaśnienia przytacza F. dwa przypadki, w których wydał orzeczenie co do bezpośredniego związku między urazem, a poronieniem. *Engänder.*

E. Niessner. **Nowy sposób operacyjny odbytu sromowego** (*anus vulvovestibularis*). (*Wien. klin. Woch.* Nr 27, 1907). Rozpatrzywszy dawne sposoby, podane przez Dieffenbacha i Rizziego, jakoteż nowszy sposób Dieffenbacha, opisuje N. swój sposób, którym operował 6-miesięczne dziecko. Operacya trwała 20 minut. Sposób N. jest następujący: Cięcie skórne od kości ogonowej do odbytu sromowego i dookoła niego. Odpreparowuje się na tępo odbytnicę od poprzecznego mięśnia krocza i unosiciela odbytu powięzi głębokiej krocza, oddziela się nożyczkami odbytnicę od pochwy i odpreparowuje powyżej wzdłuż przegrody pochwowo-odbytniczej. Zapomocą kleszczyków, przechodzących przez szczelinę zewnętrznego zwieracza odbytu, chwyta się kiszkę stolcową, ściąga ją i przyszywa kilkoma szwami do skóry. Wiązki mięśnia, ciągnące do pochwy, zeszywa się również zapomocą kilku szwów ze skórą i z przegrodą. Następnie zeszywa się skórę i wytwarza krocze. Otwór w pochwie sam zarasta. Aby kał przy operacyi nie zanieczyszczał pola operacyjnego, można otwór odbytnicy zaszyć, a po ukończeniu operacyi szwy usunąć. Sposób ten jest podobny do podanego przez Becka i Bardenheuera przy spodziectwie. Swemu sposobowi przypisuje N. znaczne korzyści; mianowicie: pewne usunięcie przetoki między pochwą a odbytnicą i pewną sprawność odbytu. *Engländer.*

W sprawie Rad Zdrowia.

Dotychczasowe urządzenia sanitarne w Austryi obejmują jako ważny organ publiczny »Rady zdrowia« i »Komisye sanitarne«, t. j. grona doradcze przy władzach sanitarnych różnych instancyi.

Przy ministerstwie spraw wewnętrznych w Wiedniu działa Najwyższa Rada zdrowia, przy namiestnictwach Rady zdrowia krajowe, większe miasta posiadają swe komisye sanitarne miejskie, a na prowincyi istnieją lub według ustawy istnieć powinny komisye sanitarne powiatowe. Z biegiem lat, ze wzrostem agend sanitarnych, wyłoniła się potrzeba pewnych reform w instytucyi Rad zdrowia i komisyi sanitarnych, pewnego dostosowania ich ustroju, składu i działalności do zmienionych warunków. Gdy na wszystkich polach życia publicznego w ciągu ery konstytucyjnej zaszły daleko nieraz sięgające zmiany i ulepszenia, to w zakresie tego działu urządzeń sanitarnych, traktowanych rzec można, zawsze po macoszemu, przez lat kilkadziesiąt niczego nie tknięto.

Dotychczas Rady zdrowia: Najwyższe i Krajowe, składały się ze szczupłej liczby członków, mianowanych prawie wyłącznie z ograniczonego koła i z pośród osób, zamieszkałych w siedzibie Rady. Odnosi się to zarówno do Najwyższej Rady Zdrowia w Wiedniu, jak i do Rad zdrowia krajowych, w szczególności we Lwowie. Rozrost spraw sanitarnych wymagałby jednak już

od dłuższego czasu pomnożenia liczby zwyczajnych członków Rad zdrowia i powoływania do nich liczniejszych przedstawicieli z poza miejsca siedziby Rady; należałoby się też w Radach tych więcej, niż dotychczas, miejsc tym, którzy niedostatki sanitarne z własnego praktycznego doświadczenia znają dokładnie i którym znajomość stosunków miejscowych dyktowałaby najwłaściwsze środki zaradcze. Przedewszystkiem pokrzywdzone są odleglejsze prowincye Austryi przez to, iż nie mają swych w Najwyższej Radzie zdrowia przedstawicieli, chociaż szczególne ich stosunki sanitarne nie dają się odpowiednio uregulować starym systemem centralistycznym z za zielonego stolika; a wśród tych prowincyi najbardziej zawsze była pokrzywdzoną i jest do dziś dnia Galicya, z której dopiero w r. z. po raz pierwszy powołano do Najwyższej Rady zdrowia ś. p. Jordana, chociaż kraj nasz, stanowiąc siódmą część Przedlitawii, odznaczając się większą odrębnością stosunków, niż którakolwiek inna część Austryi i tworząc przedmurze, chroniące państwo od inwazyi wszelakich epidemii, powinienby mieć w Najwyższej Radzie zdrowia (liczącej obecnie 15 zwyczajnych i 9 nadzwyczajnych członków), teraz przynajmniej 4 przedstawicieli.

Sprawy te poruszaliśmy mimochodem przy różnych sposobnościach w »Przeglądzie lekarskim«. Obecnie zdołały one obudzić szersze zajęcie; w szczególności sprawa mianowania członka Najwyższej Rady zdrowia na miejsce, wakujące po śmierci ś. p. prof. Jordana, oparła się o parlamentarne Koło polskie w Wiedniu i dostała się na łamy prasy codziennej.

Do Koła polskiego zwróciła się Izba lekarska wschodnio-galicyjska za pośrednictwem posła dra Golda, żądając słusznie, aby opróżnione miejsce oddano do końca kadencyi, t. j. na r. 1908/9 — lekarzowi Polakowi. Nadto żąda Izba, by na dalsze kadencye powoływano do Najwyższej Rady zdrowia przynajmniej po jednym członku z obu Wydziałów lekarskich i z obu Izb lekarskich galicyjskich. (Głos lek.« Nr 15). Z dzienników obszerniej zajął się tą sprawą naprzód krakowski »Czas« (Nr 174 z 1. VIII.), potem poseł dr Gold w wiedeńskiej »Polnische Post« i »Słowo polskie« (Nr 365 z 8. VIII.), wywodząc słusznie, że teraz szczególnie, gdy Najwyższa Rada zdrowia zająć się ma sprawami pierwszorzędnej zwłaszcza dla kraju naszego wagi, powinien być do niej powołany doświadczony pracownik który niedostatki sanitarne Galicyi z własnego doświadczenia zna dokładnie i że powinno się położyć koniec systematycznemu pomijaniu lekarzy-Polaków. Przy tej sposobności poruszył »Czas« potrzebę powoływania przedstawicieli Galicyi zachodniej do krajowej Rady zdrowia we Lwowie, uzupełnianej dotąd zawsze prawie wyłącznie z grona lekarzy stołecznych.

Żądania te zgadzają się najzupełniej ze stanowiskiem, zajętem przez »Przegląd lekarski«. Wszelako dotyczą one głównie jednej tylko części sprawy, tej mianowicie, która musi załatwiona doraźnie, a zasadniczą jej stronę poruszają po części tylko mimochodem.

A jednak już teraz należy starać się o to, by ta zasadnicza strona sprawy, t. j. należyte przedstawicielstwo interesów sanitarnych miejscowych i pozyskanie członków, wnoszących praktyczne doświadczenie sanitarne, została w Radach zdrowia, ile możności jak najrychlej uregulowana. W dzisiejszych warunkach należy się Galicyi, mającej szczególne i wyjątkowe znaczenie w stosunkach sanitarnych całego państwa austryackiego, przedstawicielstwo nawet stosunkowo liczniejsze, niż innym kresowym prowincyom. Oprócz zaś interesów zawodowo-lekarskich, przedstawianych przez Izby lekarskie i oprócz naukowej powagi Wydziałów lekarskich powinno być osobno w składzie Rady zdrowia uwzględnione doświadczenie, zebrane praktycznie na miejscu w kraju naszym. W obecnych więc warunkach pragnąć należy, by z Galicyi zasiadało w Najwyższej Radzie zdrowia przynajmniej 5 do 6 członków, a gdyby to przy obecnie ustanowionej liczbie członków Rady miało natrafiać na trudności, należałoby liczbę jej członków stosownie na stałe wogóle pomnożyć. Zresztą jest to rzecz konieczna, jeżeli do Rady bez uszczerbku dla wyrobionych już jej starszych kadrów dostawać się mają w należytem tempie nowe siły, które trzeba dla przyszłości wyrobić i które znów ze swej strony wnoszą ożywcze nowe prądy. Przy obecnym szczupłym składzie Rady prawidłowa jej odnowa natrafia na trudności, czego dowodem jest nawet najświeższe, zeszłoroczne jej ukonstytuowanie. Przy zmianie liczby członków przyszłaby pod rozwagę i zmiana ustroju, uwzględnienie przynajmniej częściowe zasady istotnego »przedstawicielstwa« przez wysłanników (z wyboru) Izb lekarskich, Wydziałów lek. i t. d.

»Mutatis mutandis« odnosi się to i do Rad zdrowia krajowych, w których obecnie liczba członków również może wymagałaby pomnożenia, w których stanowisko przedstawicieli Izb lekarskich nie jest ściśle określone i niesłusznie jakby drugorzędne, a których stosunek do autonomicznych władz krajowych wymagałby w Galicyi w interesie kraju uregulowania i rozszerzenia, o czem obszerniej już pisaliśmy w »Przeglądzie« przy innych sposobnościach.

Potrzebę reformy odczuwa się jednak nietylko co do Rad zdrowia, Najwyższej i Krajowej, ale — w naszym kraju — i co do komisyi sanitarnych w miastach i na powiatach.

Miejskie komisye sanitarne w naszym kraju, złożone z radców miejskich, uzupełniane są stosunkowo bardzo nielicznymi członkami z poza Rady miejskiej. Skład komisyi, jako organu sanitarnego, jest przez to niejako przypadkowy i zdarzyć się może, zależnie od wyniku wyborów do Rady miasta, że nie wypadnie tak odpowiedni celowi, jakby pragnąć należało. Instytucye, któreby mogły przez swych wysłanników wielki komisyom tym przynieść pożytek (Wydziały lekarskie, Towarzystwa lekarskie), miewają obecnie w nich również niejako przypadkowych przedstawicieli. Przewodnictwo tych komisyi spoczywa w ręku członków prezydyum Rady miejskiej i działalność komisyi zależeć przez to musi w stopniu niemałym od tego, jaki interes i zrozumienie prezydyum to dla spraw sanitarnych przypadkowo objawia. Że ten interes nie zawsze bywa u nie-lekarzy dostatecznie żywy, a zrozumienie nie zawsze dostatecznie głębokie, dowodzi choćby fakt, iż jedna z komisyi miejskich przed paru laty wcale lub bardzo rzadko była zwoływana na posiedzenia (ob. »Sprawozdanie Rady zdrowia« za r. 1901/3).

Powiatowe komisye sanitarne w naszym kraju są przeważnie nieczynne. Czy przyczyną tego nie jest w znacznym stopniu także i ich ustrój i skład, trudno napewno powiedzieć właśnie wobec tego, że tylko niewiele z nich pracuje; jest to jednak bardzo prawdopodobne.

Komisye sanitarne trzebaby u nas koniecznie pobudzić do życia i działalności i zapewnić im skład jak najkorzystniejszy dla postępu spraw sanitarnych. Z jednej przeto strony należałoby wprowadzić do nich w miastach większą liczbę członków dobranych z grona zawodowców, lekarzy, higienistów, techników — z poza Rad miejskich, z drugiej rozważyć przy tem znowu sprawę przedstawicielstwa różnych instytucyi zawodowych. Nasuwa się przytem myśl, że większą gwarancyę ruchliwości dawałyby komisye sanitarne, gdyby przewodnictwo ich było zawsze oddane niejako z urzędu w ręce tych, kto sprawy zdrowia wziął sobie za cel życia, — w ręce lekarzy. Nie wszystkie te zmiany w Radach zdrowia i komisyach sanitarnych dadzą się wykonać w ramach dzisiejszych ustaw. Już samo pomnożenie liczby członków, sposób ich powoływania, ustrój gron doradczych, wymagać będą zmiany ustawy i rozmaitych obowiązujących dziś regulaminów. Tem więcej zaś byłoby to nieuniknione, gdyby przy tej sposobności uledz miał zmianie także i zakres działania tych gron, gdyby przyznano im większą autonomię, jako krok pierwszy do koniecznego w przyszłości pewnego usamodzielnienia wszelkich władz sanitarnych, które musi siłą rzeczy nastąpić prędzej, czy później. Reforma doradczych gron sanitarnych, przygotowująca teren do dalszej akcyi, wymaga ze względu na ewentualne zmiany ustaw, wczesnego przygotowania, aby Rady zdrowia już w następnej kadencyi miały zapewniony ustrój i skład należyty. *C.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 9. kwietnia 1907 r.

1) Karwacki wykładał **O płytkach krwi w stanach prawidłowych i patologicznych.** Po streszczeniu poglądów na pochodzenie płytek uwydatnił prelegent na preparatach mikroskopowych związek płytek z erytrocytami. Płytka, to relikwat chromatynowy krwinek czerwowych, wydalony nazewnątrz. Opisując szczegółowo morfologię płytek zaznaczył prelegent różnice pomiędzy płytkami w stanach prawidłowych i przy cierpieniach krwi. Opierając się na danych morfologicznych i czynnościowych płytek wskazał prelegent, jakie dane może osiągnąć lekarz-praktyk przy badaniu krwi co do płytek i pod względem rozpoznawczym i pod względem patogenetycznym.

W dyskusyi — Starkiewicz przytacza niedawne prace Helbera nad płytkami krwi. Autor ów do obliczania płytek uży-

wał metody, która wydaje się dokładniejszą od metody obliczania ilości płytek w stosunku ich do ilości czerwonych krwinek: rozcieńczał mianowicie krew roztworem 10 prc. metafosforanu sodu, konserwującym płytki, i liczył je w komorze Thoma-Zeissa o głębokości niższej, niż zwykła, — 0,02 mm. Dla wszelkich badań nad płytkami krwi wielkie znaczenie ma pytanie, co należy za płytki uznawać. Helber wymaga od płytek: określonych wymiarów (od $^1/_3$—$^1/_2$ wielkości ciałka czerwonego), prawidłowej formy — okrągławej lub owalnej, zupełnej bezbarwności, obecności jąder, najczęściej na obwodzie umieszczonych. Ciałek, zabarwionych hemoglobiną, oraz tworów bardzo podobnych do płytek, powstających z ciałek czerwonych przy krzepnieniu krwi, Helber za płytki nie uznaje. Ilość płytek we krwi ludzkiej wynosi, podług obliczeń Helbera, od 200 do 250 tysięcy w 1 mm. sz. Tak wysokich liczb, jakie podaje Prus (500,000) żaden inny autor u ludzi zdrowych nie spostrzegał. W stanach patologicznych Helber spostrzegał pewną równoległość wahań ilości płytek do ilości białych ciałek: zwiększenie jej w razie leukocytozy, zmniejszenie — w razie leukopenii (w durze brzusznym). Sprawy pochodzenia płytek trudno przesądzać na zasadzie li tylko preparatów krwi ludzi dorosłych. Dla oświetlenia tej kwestyi pożądane są badania krwi zarodkowej w różnych okresach życia zarodkowego. Badania Helbera na zwierzętach doprowadziły go do porzucenia pierwotnego przypuszczenia o pochodzeniu płytek od białych ciałek krwi.

2) Lorentowicz wykładał **O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego w błonie śluzowej jajowodu i histopatologii wczesnych okresów ciąży jajowodowej w świetle ostatnich badań. Przyczynek do etyologii ciąży jajowodowej.** Dzięki badaniom h. Spee, Petersa i innych upadła do niedawna jeszcze obowiązująca w embryologii teorya przyczepiania się jaja płodowego do błony śluzowej macicy, a powstała inna t. zw. teorya pogrążania, podług której jajo z chwilą zatrzymania się na jakiemkolwiek miejscu śluzówki macicy przewierca przy pomocy wyrostków protoplazmatycznych nabłonek i tkankę śluzówki i sadowi się w jej wnętrzu, nie wypuklając się najmniejszym odcinkiem ponad jej powierzchnią; w jajowodzie jaje oprócz śluzówki przewierca i tkankę mięsną i zagnieżdża się pomiędzy jej włóknami. W cieśni jego rośnie na zewnątrz i prowadzi do pęknięcia jajowodu, w bańce worek płodowy wpukla się do światła i po pęknięciu prowadzi do poronienia jajowodowego. Czy istnieje odczyn doczesnowy w tkankach jajowodu ciężarnego, zdania są podzielone. Przyczyną pęknięcia jajowodu ciężarnego, jak i poronienia płodowego jest oprócz biernego rozciągania worka płodowego, spowodowanego wzrostem jaja, przegryzanie ścian naczyń przez komórki płodowe. Co się tyczy etyologii, to najprawdopodobniejszą przyczyną są przeszkody mechaniczne, powstałe na tle zapalnem, a w pierwszym rzędzie zrosty fałdów i tworzenie się ślepych tuneli, tudzież wrastanie cewkowego nabłonka jajowodowego w głąb mięśniówki i formowanie ślepych kanałów. Jajo wpada bądź w tunel fałdowy, bądź w śródmięśniowy przewód nabłonkowy i tam rozwijać się nie może i musi obumrzeć. Zbadanie drobnowidowe 10 przypadków ciąży jajowodowej pozwoliło prelegentowi stwierdzić obecność zarówno rozległych zrostów fałdów, jak i tworzenie się dodatkowych ślepych przewodów śródmięśniowych we wszystkich przypadkach, co doprowadza go do wniosku, że one były najprawdopodobniejszą przyczyną ciąży jajowodowej.

W dyskusyi — J. Jaworski zwraca uwagę, że oprócz przyczyn ciąży jajowodowej, wymienionych w odczycie, nastąpić może ciąża taka wprost przypadkowo, nawet bez zmian patologicznych w jajowodach. Jajo zapłodnione zatrzymane bywa w swej wędrówce wprost przez grudkę śluzu lub skrzep krwi, które znaleźć się mogą w jajowodzie po ostatniej menstruacyi. Następnie zwraca uwagę, że hypoteza o zatrzymaniu w trąbce na pewien czas jaja, już przed tem zapłodnionego, wskutek ruchów robaczkowych trąbek ma wiele cech prawdopodobieństwa. Zdaniem mówcy ruchy te szczególniej wtedy występować mogą, gdy z powodu nadmiernego pobudzenia płciowego podczas spółkowania pojawia się t. zw. *orgasmus*. Również pewne silniejsze afekty psychiczne zdolne są wywołać kurczowe zaciśnięcie trąbki i w ten sposób powstrzymać w wędrówce zapłodnione jajo płodowe.

Dr. Ign. L.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16. kwietnia 1907 r.

1) Bregman przedstawił przypadek **myastenii**. Chora 25-letnia, panna; przed 5 laty wymioty histeryczne trwające prawie rok. Po roku brak miesiączki, która wróciła dopiero przed paroma miesiącami. Od 2 lat osłabienie kończyn dolnych: chora nie może tńaczyć, ani długo chodzić. Czasami osłabienie wzmagało się. Ostatnie nasilenie od 3 miesięcy. Przed paroma tygodniami osłabły i kończyny górne, wkrótce potem wystąpiły objawy w zakresie nerwów mózgowych. Przy badaniu znajdujemy: W spokoju nieznaczne opadnięcie powiek. Przy dłuższem patrzeniu na jeden punkt powieki opadają zupełnie, prawa najpierw. Szybkie zmęczenie mięśni, poruszających gałki oczne w kierunkach bocznych. Drżenie gałek przy ruchach bocznych i w górę. Widzenie podwójne w kierunkach bocznych. Szybkie zmęczenie zbieżności, podwójne widzenie w linii środkowej. Po przybyciu do szpitala chora nie mogła gryść, nie jadła nic twardego. Ruchy szczęki ku górze i boczne ustają szybko. Mięśnie twarzy słabo unerwione, twarz wygładzona; ruchy ustają szybko. Szybkie zmęczenie mięśni oddechowych. Mówić długo nie mogła, głos jej zamierał. Porażeń kończyn nie ma, ale wszystkie mięśnie szybko się męczą. Faradyczny odczyn mięśni wyczerpuje się szybko. Znamienne dla myastenii są objawy następujące: a) siedziba: — powieki, m. gałek ocznych, żwacze, twarz, kończyny, b) szybkie zmęczenie mięśni, c) szybka ich restytucya, d) myasteniczny odczyn, e) przebieg z nasileniami i zwolnieniami. Kilkodniowy pobyt w szpitalu wywołał poprawę, jednakowoż wczoraj było znowu nasilenie z wybitnemi zaburzeniami mowy i osłabieniem lewej kończyny górnej. Stwierdzono wpływ zmęczenia jednych mięśni na szybkość zmęczenia innych: podwójne widzenie znacznie większe po zmęczeniu kończyn. Wpływu zmęczenia mięśni na odczyn faradyczny i odwrotnie nie stwierdzono. Dość rzadkiem jest powikłanie histeryą (wymioty, *hypasthesia dextra*, zmniejszone odruchy błon śluzowych na prawej stronie).

2) Bregman przedstawia przypadek **nowotworu móżdżku.** Chora 38-letnia od pół roku napady bolu głowy, od trzech miesięcy osłabienie wzroku, przed miesiącem ślepota *(amaurosis)*, nieco później osłabienie słuchu. Zachorowała wkrótce po połogu, przed rokiem uległa silnemu przestrachowi. Badanie stwierdziło: ślepota prawie zupełna. Zanik nerwów wzrokowych. Bole głowy rozlane, bez wyraźnego usadowienia, niezbyt wielkie. Wymioty. Zawroty głowy. Bole w postaci palenia na lewej połowie twarzy i głowy, zębach z lewej strony. Bolesność przy opukiwaniu w lewej okolicy potylicznej. Otrętwiałość *(torpor)* psychiczna. Ogólne osłabienie. Często wstrząsanie całego ciała, raz napad padaczkowy. Znaczne osłabienie słuchu z obu stron. Lewa połowa twarzy w dolnej części słabiej unerwiona (wystąpiło w czasie pobytu szpitalnego). Czucie na lewej połowie twarzy i głowy zmniejszone (objaw ten staje się również coraz wyraźniejszy). Odruch lewej rogówki zniesiony, również ze spojówki, nosa (l. strony). Bezład móżdżkowy w niezbyt wielkim stopniu. Odruch kolanowy prawy zniesiony, lewy bardzo zmniejszony (po przybyciu lewy był zwiększony, prawy umiarkowany). Podeszwowe z początku prawidłowe, teraz skłonność do prostowania palucha. B. rozpoznaje nowotwór lewej półkuli móżdżku, uciskający na nerwy mózgowe na podstawie czaszki. Wczesne i silne objawy ogólno uciskowe, bolesność potylicy, bezład móżdżkowy, porażenie nerwów mózgowych (V, VII, VIII), brak objawów wskazujących na inne części mózgowia, przemawiają za nowotworem tylnej jamy czaszkowej. Brak porażeń kończyn, zaburzeń czucia w kończynach, porażeń skojarzonych óczu, początek choroby od objawów ogólnych — przemawiają za siedzibą sprawy w móżdżku, a nie w pniu mózgowym. Porażenie nerwów, słaby bezład wskazują na półkulę (lewą).

3) Świątecki Władysław przedstawił swego pomysłu **metodę ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu za pomocą ługu potasowego.** Jeżeli mocz, zawierający cukier, zaprawić kilku kroplami ługu sodowego lub potasowego i zagotować, to przybiera on barwę żółto-brunatną lub brunatno-czerwoną (próba jakościowa Moora-Hellera). Im więcej cukru, tem zabarwienie jest ciemniejsze. Próbę tę kol. S. zużytkował do ilościowego oznaczania cukru w moczu. W tym celu do dwóch probówek jednakowych wymiarów i pojemności wlewamy jednakową ilość (5—10 cm. sześć.): do jednej 1 prc. roztworu cukru gronowego w wodzie przekroplonej, do drugiej — badanego moczu. Następnie dolawszy do każdej po parę kropel stężonego ługu, trzymamy je razem nad płomieniem lampy gazowej lub spirytusowej i zagotowujemy. Po ostygnięciu przecedzamy próbę z moczem celem usunięcia strąconych fosforanów i, zauważywszy dokładnie ilość przesączu, dolewamy do niego tyle wody przekroplonej, aż otrzymamy jednakowe zabarwienie w obu probówkach. Teraz ze stosunku ilościowego objętości płynu przed i po rozcieńczeniu obliczamy odsetek cukru w badanym moczu. Jeżeli te objętości będą np. 6 i 18, to $18:6 = 3$ prc. cukru. Jeżeli próba z moczem jest bledszą niż 1 prc. roztwór cukru, to rozcieńczamy ten ostatni i oczywiście odsetek cukru wyrazi się

przez ułamek. W celu ułatwienia porównań ilościowych należy używać probówek miareczkowych. Do porównań zaś siły zabarwienia lepiej niż probówki nadają się naczynia o ścianach równoległych. Naczynia takie autor metody zrobił sam ze szkieł przedmiotowych, używanych przy mikroskopowaniu i pokazał je na posiedzeniu. Błędy w oznaczaniu cukru w moczu metodą kol. Ś. przy wprawie nie przekraczają $^1/_4$ prc. *Dr. Ign. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Leki do apteki domowej wolno sprowadzać z każdej apteki austryackiej (n. p. z Wiednia), gdyż wyrażenie »inländische Apotheke« w nowej ustawie aptekarskiej oznacza każdą aptekę w Przedlitawii w przeciwstawieniu do aptek zagranicznych. Tak wyjaśnia dr Mikołajski (Głos lek. 16) wątpliwość, powstałą przez to, iż wyrażenie »inländisch» przetłómaczono: »krajowa« apteka. *R.*

Brak lekarzy wojskowych w armii austryackiej dochodzi do tego stopnia, że z ustanowionych 205 miejsc starszych lekarzy (Oberarzt) obsadzonych jest tylko 72, a ponieważ z nich 38 przydzielono do szkoły aplikacyjnej, 32 zaś do szpitali, przeto przy pułkach pracuje tylko dwóch. Z miejsc zaś lekarzy pułkowych II. klasy wakuje 8. *R.*

Międzynarodowy Związek prasy lekarskiej. 3. i 4. VIII. b. r. odbył się w Londynie Zjazd delegatów pod przewodnictwem prof. Posnera z Berlina, obecnego prezesa międzynarodowego Związku, a przy udziale przedstawicieli prasy lekarskiej niemieckiej, angielskiej, francuskiej, belgijskiej i norweskiej. Ze sprawozdania sekretarza generalnego, dra Blondela z Paryża, okazało się, że wyniki działalności Związku są nie świetne. (Do zadań Związku należy przedstawicielstwo prasy lekarskiej na Zjazdach międzynarodowych, zwalczanie bezpłatnie rozsyłanych czasopism reklamowanych, sprawa własności autorskiej i t. d.). Tylko w Niemczech zdziałano cośkolwiek przez założenie »czarnej księgi« autorów, piszących artykuły za zapłatą od fabrykantów leków (o czem już donosiliśmy); odrzucanie szarlatańskich inseratów. Następny Zjazd delegatów odbędzie się w r. 1908 w Berlinie, a ogólny Zjazd Związku prasy lekarskiej w r. 1909 w Peszcie. *R.*

Stowarzyszenie „dziennikarzy" lekarskich w Paryżu liczy 110 członków. Do Stowarzyszenia należeć może każdy lekarz lub słuchacz medycyny, współpracownik większego pisma (zgłoszenia do sekretaryatu Paryż, 9 rue de Poissy). Na ostatniem Walnem zebraniu roztrząsano sprawę niedozwolonego przedruku artykułów przez inne pisma, tłómaczone, przyłączenia się stowarzyszenia do organizacyi prasy codziennej i t. d. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 4. do 10. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 2; zmarło osób 60, (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 17 (7), zapalenia płuc 4, płonicy 1. *S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 11. do 18. VII. 1907 doniesiono o 22 nowych przypadkach duru plamistego: w 9 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 2, w jednym przypadku źródło zakażenia w Jaryczowie nowym p. Lwów, a w drugim w Żydatyczach p. Lwów, pow. Brzeżany (Chróściec 8), Drohobycz (Łastówki 5), Lisko (Wołosate) 3, (Lwów), (Jaryczów nowy 2), Peczeniżyn (Utorycy 2, (Rawa), Smolin 2), Stryj (Hutar 1), Złoczów (Zarwanica 1); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych: doniesiono o 1 przypadku w Przedmieściu p. Ropczyce. *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. do 17. VIII. przypadków: płonicy 3 † 1, błonicy 1, róży 1, choleryna dziecięca 2 † 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 11. do 17. VIII. przypadków: płonicy 5 † 1, odry 1 (1), duru osutkowego 3 (2), duru brzusznego 4 (2) † 2, czerwonki 1 (1), zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zakaźne 1 (1).

Cholera dotarła już podobno do Grodna i Brześcia litewskiego.

Wiadomości bieżące.

Ostatnie wiadomości o cholerze w Europie stwierdzają niewątpliwie, że epidemia szybkim krokiem zbliża się ku nam. A chociaż w dzisiejszych czasach utraciła już cholera wiele ze swej grozy i jest wrogiem o tyle do pokonania łatwiejszym, że dobrze znanym, to jednak nie można go lekceważyć i zawczasu do walki przysposabiać się trzeba. W kilku ostatnich epidemiach okazał się kraj nasz dzięki energii i gorliwości naszych lekarzy nieprzebytym dla zarazy szańcem; będzie nim i teraz, gdyby zaraza aż do nas dotrzeć miała.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« prof. dr Ciechanowski, wyjechał na kilka tygodni. Kierownictwo redakcyi objął na ten czas doc. dr Dobrowolski (Podwale 2).

Warszawa. Po objęciu szpitali warszawskich przez miasto ma być załatwioną także sprawa szpitali prowincyonalnych, zawiadywanych dotąd przez gubernialne Rady dobroczynności. Niektóre z tych szpitali mają przejść pod zarząd samorządów miejskich i ziemskich, a gubernialne Rady dobroczynności będą zniesione. Inne zakłady prowincyonalne mają otrzymać stanowisko zakładów krajowych, zawiadywanych przez ministerstwo spraw wewnętrznych (n. p. zakład obłąkanych w Tworkach).

— Świeżo przebyta epidemia duru powrotnego, zarówno jak i zagrażająca cholera dały powód wobec wielkiego przepełnienia szpitali warszawskich do poruszenia przez prasę codzienną sprawy szpitala epidemicznego. Magistrat warszawski posiada wprawdzie od lat kilku odpowiedni budynek przy ul. Spokojnej, mogący pomieścić około 150 chorych, wszelako wobec braku mebli i t. d. szpital ten w danym razie nie mógłby być otwarty. To też prasa domaga się, by magistrat zaopatrzył ów szpital zapasowy w odpowiednie urządzenie wewnętrzne.

— Pod nazwą »Litościwi« zawiązało się w Warszawie stowarzyszenie izraelickie, mające na celu opiekowanie się chorymi w szpitalach i po domach (dyżury nocne), budowę sanatoryum dla chorych piersiowych, dostarczanie chorym przyrządów ortopedycznych i t. d.

— Przytułek (dla ozdrowieńców, nieuleczalnych, przewlekle chorych i t. d.) na 100 łóżek, zbudowało w górze Kalwaryi, brak mu jeszcze urządzenia wewnętrznego, na które magistrat miasta Warszawy przeznaczył 5818 rb.

Z różnych stron. Na 80 wolnych miejsc w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu wpłynęło podobno podań 500!

Mianowani: Okulista prof. Heine z Gryfii dyrektorem kliniki okul. w Kiel, farmakolog doc. E. Faust profesorem zwycz. w Würzburgu, dr Arneth profesorem nadzw. w Münster.

Zmarli: Farmakolog prof. dr Jakobi we Wrocławju w 68 r. ż.;

dr Piotr Bortnowski w Warszawie w 43 r. ż.

Redakcya otrzymała: Dr Stanisław Serkowski: Mleko i mleczarstwo w oświetleniu higieny i bakteryologii. Wydawn. Kasy im. Mianowskiego i Tow. dla popierania polskiej nauki rolnictwa. Warszawa 1907, str. 476.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.